

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Psicoeducación tanatológica ante la pérdida de
personas afectivamente significativas tras
desastres naturales.**

Proyecto de Investigación

Andrés Patricio Barreiro Morejón
Psicología

**Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Licenciado en Psicología**

Quito, 18 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Psicoeducación tanatológica ante la pérdida de personas afectivamente
significativas tras desastres naturales**

Andrés Patricio Barreiro Morejón

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Dr. Jaime Costales Peñaherrera, Ph. D

Firma del profesor

Quito, 18 de mayo de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Andrés Patricio Barreiro Morejón

Código: 00127611

Cédula de Identidad: 1716483506

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2017

RESUMEN

La psicotanatología pretende ayudar a las personas que están atravesando por una etapa de duelo para que puedan sobrellevarlo. Los desastres naturales son impredecibles, y dejan como resultado en muchos de los casos un gran número de pérdidas humanas.

En el presente documento se analiza los desastres naturales y su afectación psicológica en las personas que han perdido seres queridos, además se aborda el tema de duelo, los tipos y trastornos que surgen entorno a esto, sin dejar de lado el tratamiento posible para cada trastorno, y cómo influye la psicoeducación tanatológica en las personas que son tratadas.

Finalmente se encuentra los resultados esperados, la discusión, limitaciones que se podrían dar en caso se aplique la investigación y recomendaciones para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

ABSTRACT

Psychotatology means helping people who are going through a grief stage so that they can cope. Natural disasters are unpredictable, and in many cases result in large numbers of human losses.

This document examines natural disasters and their psychological impact on people who have lost loved ones, in addition to addressing the issue of mourning, the types and disorders surrounding the environment of a case, without neglecting the possible treatment for the disorder's, and how thanatological psychoeducation influences the people who are treated.

Finally, the expected results, the discussion, the limitations that are given in the case of applying the research and the recommendations for future research related to this subject are found.

Tabla de Contenido

Índice de Tablas	8
INTRODUCCIÓN	9
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	11
Antecedentes.....	12
Desastres naturales a nivel mundial	12
Salud Mental.	14
Tratamiento psicológico de un paciente que ha sufrido un desastre natural.	15
El problema.....	17
Pregunta de investigación.....	18
El significado del estudio.	18
REVISION DE LA LITERATURA	20
Fuentes	20
Formato de la revisión de la literatura	20
Tema 1: Duelo.	21
Tipos de duelo.....	26
Duelo inesperado.	26
Duelo normal.....	28
Duelo patológico	31
Tema 2: Enfermedades mentales.....	32
Enfermedades mentales asociadas con desastres naturales	32
Depresión	39
Trastorno de estrés postraumático:	40
Trastorno de estrés agudo	40
Tema 3: Psicoeducación tanatológica.	43
Psicoeducación y salud mental	44
Cómo ayuda la psicoeducación tanatológica	45
METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
Justificación de la metodología seleccionada	46
Herramientas de la investigación utilizada	47
Descripción de participantes	48
Reclutamiento de participantes	48
Consideraciones éticas.....	49
RESULTADOS ESPERADOS	50

Discusión	52
Limitaciones del estudio.....	54
Recomendaciones para futuros estudios	54
Referencias	56
ANEXO A: Cuestionario de apoyo social.....	59
ANEXO B: Solicitud para aprobación de un estudio de Investigación	61

Índice de Tablas

Tabla 1.- Afectación psicológica según el tiempo transcurrido..... 32;**Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Efectos Psicopatológicos 34

INTRODUCCIÓN

Nadie Un desastre natural según Alexander (1999:14), se lo puede definir como un evento extremo, una manifestación del sistema de la tierra (litósfera, hidrósfera, biósfera o atmósfera), es rápido, instantáneo, y de profundo impacto en el medio ambiente natural así como en el sistema socio-económico del país en el que se presenta; dada esta definición está claro que un evento de este tipo no se lo puede predecir así como también nadie está libre de él.

En un artículo publicado por el diario español, El Global (2013:15), determina que en el año 2013 los países más afectados fueron Filipinas en primer lugar, México en cuarto lugar, Argentina en noveno lugar y Pakistán en sexto lugar, cabe mencionar estos países ya que al estar entre los diez más afectados se puede denotar que entre ellos no existe una relación de cercanía, pues todos se encuentran en diferentes continentes o diferentes extremos, es por esto que se puede sostener que los desastres naturales pueden afectar en cualquier momento y cualquier parte del planeta tierra.

El Ecuador es obviamente un país que no se excluye de posibles desastres naturales, ya que al estar ubicado en una zona de subducción¹ misma en la que convergen la placa Oceánica Nazca y la Continental Sudamericana (Viracucha & De la Bastida, 2014:27), nos hemos visto recientemente afectados por un movimiento sísmico de 7.8°, mismo que acabó con la vida de 671 personas según el Informe de Situación N°71 elaborado por la Secretaría de Gestión de Riesgos del Ecuador (2016). Por otro lado también poseemos alrededor de 27 volcanes

¹ Se refiere a aquellas zonas donde las placas chocan entre sí, en esta zona estas placas se consumen entre sí. Se localizan en las fosas oceánicas, de los márgenes continentales activos. La subducción es un mecanismo consistente en la introducción de la placa bajo otra a favor de un plano de fallo, que recibe el nombre de plano de Benioff. (Pedagógica, 2014)

potencialmente activos según el IGEPN (2016) lo cual en cualquier momento y sin previo aviso puede llegar a producir un desastre natural, que no sólo afectará durante el suceso.

Los efectos de dichos desastres según mencionan Figueroa, Marín y Gonzales, (2010) se sentirán mucho después. Al no estar preparados para afrontar un desastre natural de tal magnitud, el impacto que produce principalmente en la salud mental de las personas es fuerte, más aún cuando se trata de la pérdida de seres queridos, y las consecuencias psicológicas más frecuentes de tales acontecimientos se encuentran el distrés subclínico, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés post traumático (TEPT), la depresión mayor, el aumento del consumo de alcohol y drogas, otros trastornos de ansiedad y los síntomas de somatización. Tales consecuencias necesitarán ser tratadas para prevenir posibles afecciones a la salud mental.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Se conoce a la tanatología como la ciencia que se encarga del “estudio de la vida que incluye a la muerte, tiene como objetivo proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias, o bien a una persona que esté viviendo algún tipo de pérdida” (Olvera, 2016) .

Según Figueroa, Marín y González (2010: 143) los desastres naturales llevan a la pérdida de alrededor de 58 mil vidas anualmente, en un estudio realizado entre 1993 al 2003; los desastres naturales, como se ha mencionado anteriormente, son aquellas afecciones de tamaño magno que pueden llegar a ocurrir en cualquier parte del mundo, entre los desastres naturales podemos encontrar los de carácter físico naturales que según Wijkman, A., & Timberlake, L. (1985:17) son los terremotos, huracanes, tsunamis, sequías, erupciones volcánicas, incendios, entre otras, que son catalogadas de esta manera ya que pueden llegar acabar con la vida de personas en cuestión de segundos, siendo un peligro natural con efectos como la muerte de un gran número de personas, y pérdidas materiales a gran escala; para llegar a considerarse un desastre natural, deben afectar a una o varias poblaciones. Estos efectos llegan a repercutir de manera intensa en los sobrevivientes que muchas veces son familiares directos o allegados a estas personas que fallecieron. En el presente estudio se profundizará en la psicoeducación tanatológica para aquellas personas que sufren un vacío emocional tras la pérdida de uno o varios familiares, pareja, amigos o allegados.

Antecedentes

Desastres naturales a nivel mundial

Desde el principio de los tiempos la naturaleza ha hecho y desecho muchas cosas a lo largo de la creación del planeta tierra, planeta en el que constamos de cuatro elementos fundamentales de sobrevivencia tierra, aire, agua y fuego, mismos que nos han permitido desarrollarnos no sólo a los seres humanos, sino a todo tipo de ser vivo que habitado en el planeta tierra, pero estos elementos que tanto nos han ayudado a seguir actualmente en vida también han sido los causantes de la perdida incuantificable de vidas humanas, y aunque pueda esto sonar un poco contradictorio, estos cuatro elementos son los más poderosos que poseemos debido a todo lo que pueden lograr hacer en cuestión de minutos

La tierra, misma que nos dota de alimentos y nos permite su uso para desarrollarnos , sólo en los últimos 365 días, tomando cómo fecha actual el 26 de noviembre del 2016, ha temblado 40,010 veces, según la página especializada en seguir y registrar los temblores en el mundo earthquaketrack.com (2016), estos movimientos telúricos que registra cuenta solo los mayores a 1.5 grados de magnitud en la escala de Richter, siendo el más grave dentro de estos 365 días el de 7.8° registrado en Amberley, Nueva Zelanda.

El aire, imperceptible al ojo humano pero a su vez capaz de dotar energía a un pueblo, puede llegar cambiarlo todo con su velocidad, en el 2016 uno de los años más activos para los huracanes según la National Hurricane Center (2016), llegando a encontrar a huracanes como el huracán Matthew que según la misma fuente este ha sido el huracán que ha logrado la categoría 5 en la escala de huracanes Saffir-Simpson, máxima categoría dentro de esta escala.

El Agua incolora, inodora, e insabora, responsable de otorgar vida a todo lo que la rodea, su fuerza es una de las más temidas, como por ejemplo después de un movimiento telúrico es muy común dar una alerta de tsunami dentro del año 2016 según el sitio oficial de Department of Homeland Security, se llegó a registrar olas de gran tamaño dentro de lo que va del año pero ninguna con una gran afección, pero según la misma fuente el último tsunami de mayor efecto fue el del 11 de marzo de 2011 en Japón mismo que también fue responsable del accidente nuclear en Fukushima.

El Fuego elemento que ayudó a que los seres humanos evolucionáramos, hoy en día lo seguimos usando en varias aspectos de nuestro diario vivir, pero realmente se torna una gran problemática cuando este elemento llega a salirse de control y nos deja con dimensiones de gran tamaño calcinadas, es un evento que llega a doblegar a cualquier país, cómo lo está haciendo actualmente Israel, que tras sufrir uno de los incendios más grandes últimamente visto, y tras la pérdida, no solo de área verde sino ya de edificios, ha llevado a Israel a pedir ayuda a países vecinos según el diario español El Mundo (2016), para intentar sosegar el fuego.

Todos estos elementos han sido los causantes de pérdidas incalculables a lo largo de los años, pérdidas que no solo vienen a ser pérdidas materiales, sino también la pérdida de vidas humanas, como por ejemplo en el tsunami de Japón previamente expuesto, se produjo la muerte de alrededor de 20.000 personas, sin contar los efectos nucleares que se dieron tras la afección del tsunami a las plantas nucleares en dicho país.

Salud Mental.

Lamentablemente en el Ecuador la psicología hasta hace muy poco era un tabú, personas que asistían a un psiquiatra o un psicólogo eran vistas cómo personas que tenían necesariamente alguna patología y que esta era la única razón para que un individuo pueda asistir a terapia, lo cual no permite una correcta salud mental para las personas. Ya que como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) lo cataloga, diciendo que la salud mental es el estado de bienestar donde una persona esta consiente de sus alcances y capacidades pero es justamente la salud mental la primera en verse afectada tras un desastre natural, ya que es el golpe magno del desastre natural, lo imprescindible e inesperado, el pasar en cuestión de minutos o segundos, de una vida normal y cotidiana a estar luchando por su propia vida en casos extremos, u otros en los que simplemente se hayan personas desesperadas tratando de buscar una razón a lo sucedido.

Problema que no solo radica en los ecuatorianos, es un problema a nivel mundial ya que el ambiente no es el más sano ni durante ni después de un desastre natural, desastres a los que ningún individuo está totalmente en capacidad de soportarlo, ya que a pesar de que se prepare a la gente y se la pida que en estos casos guarde la calma, es nuestro cerebro reptil el primero en reaccionar el primero en alterarse al encontrarse en una situación completamente de riesgo en la que no sabe cómo reaccionar y pierde completamente la calma, por el shock que llega a causar un desastre natural.

Según Raquel Cohen (1985) nos dice que las personas tras un desastre natural tienden a presentar síntomas como son la experimentación repetida de lo sucedido, un sin número de síntomas disfóricos, desubicación, ansiedad, confusión, negatividad, culpa y entre otros síntomas que llevan a una gran afección a la salud mental de las personas afectadas tanto

directa como indirectamente, ya que estos efectos no sólo suceden a personas que vivieron el efecto del desastre natural, también lo pueden llegar a sentir personas que no estuvieron presentes y que de una u otra manera mantienen una conexión con lo que sucedió.

Tratamiento psicológico de un paciente que ha sufrido un desastre natural.

El principal problema post desastre natural es el efecto a largo plazo que este tiene sobre las personas que sobreviven. Raquel Cohen (2008:171) expresa que el gran efecto que tienen los desastres naturales se da debido a que es algo totalmente inesperado en muchos de los casos, la poca probabilidad de predicción, el gran impacto del desastre y en algunos casos, la poca preparación que poseen los lugares y las personas afectadas, entre otros, dan paso a grandes problemas no solo de salud mental sino de otros ámbitos de los individuos, mismos que a pesar del gran avance de la ciencia y la tecnología, que nos ha dotado de herramientas y manuales para poder actuar ante estos casos, existen problemas que no se logran llegar a solucionar, como por ejemplo el estrés post traumático, el sentimiento de culpa o la depresión resultantes.

Seider & Wagner (2006:18) afirman que uno de los tratamientos con más eficacia comprobada en estos casos es la terapia cognitivo conductual ya que se ha comprobado que ha logrado dar resultados positivos con pacientes que sufrieron un desastre natural en un plazo de terapia menor al de otros tipos de terapias, ayudando a rebajar notoriamente efectos como son la ansiedad, el estrés postraumático, el alcoholismo, entre otros efectos psicológicos negativos que traen los desastres naturales.

No obstante en el campo de la psicología existen otras tendencias terapéuticas que pueden ayudar, cómo es la terapia psicoanalista o la terapia sistemática, todo viene a depender del profesional que trate al paciente.

El problema.

El 16 de abril de 2016 Ecuador tuvo que afrontar uno de los desastres naturales más fuerte de su historia. A las 18:58 (ECT) se presentó un movimiento sísmico que se lo sintió en todo el país. Su epicentro fue en la provincia de Manabí, en las parroquias de Pedernales y Cojimíes, tuvo una magnitud de 7,8° en la escala de Richter y tuvo como resultado las siguientes cifras: 671 personas fallecidas, 8.690 personas albergadas, 113 personas que se pudieron rescatar con vida. Un desastre natural como ya se lo ha mencionado no es fácil de predecir y menos aún si se trata de un terremoto como en el caso del Ecuador, por lo que tiene mayor afectación en los seres humanos que lo viven de cerca, pues muchas veces no somos conscientes de estas situaciones e incluso pensamos que tal vez nunca vamos a vivir por algo así. Usualmente no estamos preparados para poder afrontar un desastre de tal magnitud. Este terremoto fue entonces el punto de partida para que todos los habitantes, o al menos una gran mayoría, sea consciente de que el país se encuentra situado en una zona conocida como el Cinturón de Fuego del Pacífico, que concentra algunas de las zonas de subducción más importantes del mundo y por consiguiente, es escenario de una fuerte actividad sísmica, lo que ha llevado a que los habitantes tomen sus precauciones y estén en cierta forma preparados para tragedias similares.

Al ser el turismo la actividad económica principal de las zonas más afectadas por el terremoto, la pérdida de tantos bienes fue muy fuerte para los habitantes de Pedernales, principalmente, pues para tener sus pertenencias fueron largos años de duro trabajo y de repente, en 10 segundos, lo perdieron todo. Esto llega a afectar en gran manera la salud mental de las personas y es difícil levantarlas de algo así, pero cuando se trata de la pérdida de la vida de un ser humano querido el trauma es aún mayor. Así mismo es importante la

psicoeducación tanatológica en personas que fueron rescatadas con vida, pues muchos de ellos tuvieron que vivir la muerte de otro ser querido junto a ellos que no se pudo rescatar, y en cierta forma desarrollan sentimientos de culpa.

En las situaciones de catástrofe, las intervenciones de salud mental deben efectuarse lo antes posible y mantenerse todo el tiempo necesario. Es importante en estos casos que el personal médico de atención primaria esté preparado para efectuar las intervenciones de urgencia indispensables. Se debe tener presente que en estas situaciones los equipos de salud están expuestos a una gran sobrecarga emocional y física. En consecuencia, hay que considerar medidas de apoyo y protección psicológica a sus integrantes (OPS, 2006:46).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la psicoeducación puede ayudar a sobrellevar el duelo inesperado resultante de desastres naturales?

El significado del estudio.

Existe la necesidad de diseñar metodologías y programas para el adecuado manejo de la salud mental y específicamente del duelo propio de los desastres naturales.

Este estudio involucra a la psicoeducación y la tanatología, la cual busca que los individuos acepten a la muerte como un proceso que forma parte de la vida. En este caso, se intenta que las víctimas del terremoto de Abril del 2016 que han perdido a personas afectivamente significativas, logren procesar y atravesar el duelo, evitando caer en un trastorno de duelo complejo permanente que “se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto” (DSM- 5, 2013:225).

Además se intenta descubrir entre las víctimas de pérdidas humanas, qué porcentaje ha desarrollado el trastorno de duelo complejo, mediante la utilización del test, para plantear un abordaje psicoterapéutico distinto.

Culminado el estudio, se espera proponer a la psicoeducación y a la tanatología como estrategias de prevención e intervención psicoterapéutica, según requiera el individuo en riesgo o víctima de desastre natural, siendo aporte importante en la intervención de desastres naturales, con el objetivo de que el sujeto atraviese por un proceso de duelo, que no deje secuelas a largo plazo.

REVISION DE LA LITERATURA

Fuentes.

Para la revisión de la literatura de este trabajo se ha acudido primordialmente a fuentes académicas, como son bases de datos de la Universidad San Francisco, tales como EBSCO, JSTOR, PROQUEST ScienceDirect - Elsevier, de las que se ha obtenido una gran cantidad de recursos electrónicos posteriormente indexados en este trabajo, entre ellos libros y en especial artículos académicos; al mismo tiempo también han sido de gran apoyo recursos electrónicos obtenidos de google académico.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura que se presentará a continuación estará dividida por los siguientes temas: Tanatología, duelo, duelo inesperado, terapias ante duelos inesperados, enfermedades mentales asociadas con desastres naturales, relación con la psicoeducación, enfermedades mentales comunes por falta de psicoeducación, efectos de la psicoeducación tanatológica, resultados de terapias, psicoeducación y salud mental.

Tema 1: Duelo.

Behar (2003:81) menciona que: “(...) etimológicamente, el término duelo proviene de los vocablos duellum, que significa combate, y dolus, que significa dolor”. Por lo tanto el duelo es una reacción psicológica, el dolor emocional que se siente cuando se ha perdido a alguien importante en nuestras vidas. Se lo puede catalogar entonces como un proceso normal por el que pasamos cuando hemos perdido a un ser querido y en el que tenemos que ir adaptándonos a una nueva realidad: la vida sin él o sin ella.

Existen diversos autores que han desarrollado su teoría acerca del duelo con sus respectivas fases o etapas. Se considera que Freud fue el primero en fundar un concepto sólido al respecto, en su obra “Duelo y melancolía” (1917), en donde menciona que el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido, pues afirma que el sufrimiento de la persona en duelo se debe al apego interno con la fallecida (Freud, 1917:242).

Por su lado Fonnegra (2001), afirma que el duelo es un proceso:

...activo de adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta a él (...) implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor (Fonnegra, 2001:165).

Por lo tanto Fonnergra establece ciertas fases de este proceso, dichas fases conducen a la asimilación de la realidad actual que se debe afrontar, pues de un momento a otro se torna tan confuso y doloroso aceptar la ausencia de un objeto o de personas afectivamente significativas. Las fases que establece Fonnergra son:

- Shock, aturdimiento y anestesia emocional.
- Enfrentamiento de la ausencia: fase aguda

- Volver a la vida: cambio, reorganización y restablecimiento.

Por su lado la Dra. Nancy O'Connor refiere cuatro etapas del duelo y establece cierto período para cada uno de ellas, estas son:

- Ruptura de antiguos hábitos (desde el conocimiento de la pérdida hasta ocho semanas después)
- Inicio de reconstrucción de la vida (desde la octava semana hasta un año)
- Búsqueda de nuevos objetivos, de amor o de amigos (desde los doce hasta los veinticuatro meses)
- Terminación de reajustes (después del segundo año) (2007:35)

Mientras que Klüber-Ross, 1994, autora representativa sobre el tema, manifiesta en su obra que existen 5 etapas:

- Negación.
- Rabia e ira
- Negociación y regateo
- Depresión
- Aceptación

Al estar enfocado el presente estudio en la pérdida tras un desastre natural, se ha considerado valioso enfocarse en las etapas establecidas por Klüber-Ross, por lo tanto a continuación se amplía la información al respecto:

- Negación: “Esto no me puede estar pasando, no a mí. “(...) La negación es una defensa provisional para la persona y pronto será sustituida por una aceptación parcial” (Klüber-Ross, 1994: p.24). Esta fase es “(...) una forma normal y sana de

enfrentarse a una noticia horrible, inesperada, repentina. Permite a la persona considerar el posible fin de su vida y después volver a la vida como ha sido siempre” (Klüber-Ross, 1994: p.108). Lo cual estará matizado por el enojo.

- Rabia e ira: “¿Por qué a mí? ¡No es justo!” En esta etapa, la persona reconoce que no puede seguir en la negación. Aparecen sentimientos de envidia hacia cualquier individuo que simbolice vida o energía. En contraste con la etapa de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar. Comenta la autora que “(...) esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que les rodea, a veces casi al azar” (Klüber-Ross, 1994: p.38). Así puede reflejarse en enojo contra Dios, los doctores o bien las personas involucradas en el deceso. “(...) “Si hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer periodo y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable” (Klüber-Ross, 1994: p.42).
- Negociación y regateo: En esta etapa, la persona pretende hacer pactos, principalmente con Dios para poder postergar el tiempo de sufrimiento, es decir, “(...) en realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos, incluye un premio a la “buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que no se le pedirá nada más si se le concede este aplazamiento ya que (...) la mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas” (Klüber-Ross, 1994: p. 43-44), por otra parte, afirma que “(...) el tiempo que la persona se pasa regateando es muy beneficioso (...) aunque está furioso, ya no está tan consumido por la hostilidad hasta el punto de no oír” (Klüber-Ross, 1994: p.109).

- Depresión: “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”. Esta etapa puede vivirse durante todo el proceso de manera continua o manifestarse con el paso del tiempo. Se presenta con mayor intensidad cuando terminan los ritos funerarios y los familiares y amigos regresan a sus actividades y es cuando puede sentirse la soledad total. La depresión es un instrumento “(...) para prepararse a la pérdida inminente del objeto de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación” (Klüber-Ross, 1994: p.47). Existen varios tipos de depresión, pero la más complicada es “(...) una especie de depresión silenciosa; ese estado no tiene ningún lado luminoso. Tampoco hay ninguna palabra tranquilizadora que se pueda decir para aliviar ese estado mental en que se renuncia al pasado y se trata de imaginar el inimaginable futuro (Klüber-Ross, 1994: p.110).
- Aceptación: “Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad”. Es la etapa a la que todo doliente anhela llegar, se caracteriza por aceptarse con resignación y paz, la ausencia, los recuerdos están presentes, pero ya no hacen estragos que incapaciten. La fase de aceptación no significa que los deudos van a sentirse felices, pero no existe ya la depresión ni el enojo, “No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado (...) cuanto más luchan para esquivar la muerte inevitable, cuanto más traten de negarla, más difícil les será llegar a esta fase final de aceptación con paz y dignidad (Klüber-Ross, 1994: p. 54-56).

Por lo tanto se concluye que el término duelo se aplica a todos aquellos procesos psicológicos que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida afectiva. La expresión del duelo se realiza a través de reacciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, siendo claves

la angustia, las preocupaciones, la ira, los sentimientos de culpa, la pérdida de apetito y la astenia (falta de vitalidad).

El duelo es el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido. Resulta especialmente relevante cuando se pierde a alguien muy importante y pese a ser algo natural, puede suponer un gran dolor, desestructuración o desorganización.

Tipos de duelo.

Duelo inesperado.

Las personas nacen con un temor impregnado, desde los principios de cada cultura: el temor a la muerte, y justamente es aquella incertidumbre de no saber con exactitud qué es lo que pasa cuando la propia persona o una afectivamente significativa pierden su vida. Benhar (2003: 8) menciona que:

La muerte tiene el récord absoluto en lo que se refiere a infundir el temor más pavoroso al hombre en cuanto es mencionada en primera persona (“mi muerte”), de modo que preferimos ignorarla, rechazarla con todas nuestras fuerzas y finalmente designarla como la gran enemiga de la vida.

Este gran conflicto ante lo desconocido, la muerte, ha llevado al ser humano a cuestionarse y tornarse a una postura reacia, ya que hasta el día de hoy no se ha encontrado una sola religión, teoría, o persona que con bases y pruebas tangibles pueda explicar de modo concluyente qué es lo que sucede cuando un individuo emprende a la extraña etapa de la muerte. Sin embargo la Dra. Klüber Ross ha realizado un gran trabajo precursor al respecto el cual será mencionado más adelante.

A tanta incertidumbre de miles de años, encontramos varias religiones y teorías que intentan darle un significado a la muerte, desde experiencias o creencias intangibles, por ejemplo Krishnamurti (2006) menciona que:

La muerte, el estado de no continuidad, el estado de renacimiento, es lo desconocido. La mente, que es el resultado de la continuidad, no puede conocer lo desconocido. Sólo puede conocer lo conocido. Por eso lo conocido teme a lo desconocido. Lo conocido jamás puede conocer lo desconocido, y así la muerte sigue siendo el misterio (pág. 23)

Tal misterio nos ha llevado a acostumbrarnos a una secuencia: la vida consta de etapas para cumplir un ciclo, el mismo que se basa en nacer, crecer, reproducirse y morir en base a este

ciclo: nacer, crecer reproducirse y morir, en base a este ciclo los seres humanos también creamos otros parámetros, como por ejemplo que los hijos deben enterrar a los padres y que los abuelos serán los primero en dejar el mundo terrenal.

Estos ciclos o parámetros pueden verse interrumpidos cuando un ser humano no llega a pasar por todas aquellas etapas, que han marcado vuestro vivir, y muere un hijo, o un nieto, y es aquí que entra el duelo inesperado, cuando un ser afectivamente significativo pierde la vida de un momento a otro sin haber cumplido los ciclos usuales; pero realmente no se debería temer a la muerte aunque inesperadamente llegue, como menciona Klüber Ross (1994: 44-45), “Si vivís bien, no tenéis por qué preocuparos sobre la muerte, aunque sólo os quede un día. El factor tiempo no juega más que un papel insignificante y de todas maneras está basado en una concepción elaborada por el hombre”.

Al referirnos duelo por pérdida de un ser afectivamente significativo tras una muerte accidental o diferentes causas, duelo inesperado es aquel que según Weisman (1982:67), sostiene que, no tiene edad para ocurrir, es totalmente impredecible y repentino, mismo que deja totalmente perplejos a familiares y amigos, Weisman también difiere de la muerte súbita o inesperada otras dos clases que son la muerte calamitosa y la muerte prematura, siendo la primera aquella que se viene a dar de carácter violento y es hasta en ciertos casos degradante, como por ejemplo el asesinato y los suicidios, y la prematura es considerada la injusta e innecesaria ya que viene a darse a personas de corta edad, maduración o desarrollo.

El duelo inesperado es considerado uno de los duelos emocionalmente más afectivos, debido al no esperarse el tipo de pérdida que se da y la rapidez con la que ocurre, usualmente el más doloroso es la pérdida de un hijo o hija del núcleo familiar. Cómo Fonnegra (2001) explica:

Cuando la muerte del hijo irrumpe de manera inesperada, súbita, es casi imposible aceptarla: un día estaba riendo, jugando o conversando con nosotros, llenando con su energía el espacio vital, y al día siguiente, tras la noticia... el apagón afectivo de su muerte y ya no está. El choque, la resistencia a admitirlo, la parálisis que nos deja como atornillados a la silla, atontados por el golpe, nos roban la energía para reaccionar (...) (Fonnegra, 2011: p 216).

No existe nada que pueda amortiguar esta noticia, noticia que cambiará la vida del padre, abuelo, esposo, y sentirla y aceptar dicha pérdida es una trabajo que se debe realizar aunque no siempre se encuentren las fuerzas ni las ganas, y se encierre el sujeto en soledad y silencio. A su vez la vida de los deudos sigue, por fuerte y desagradable que sea la noticia la vida no parará, no dará un descanso, que ante tal golpe pareciera tan necesario, Behar (2003), afirma que:

Lo único que realmente puede asegurarnos la vida es que algún día, ineludiblemente, tendremos que morir y lo más angustioso es la espera. Si hiciéramos caso omiso del final de la vida física que irremediamente nos aguarda, tal angustia nunca podría afectarnos, como si a lo largo de esa espera hubiéramos desarrollado una inmunidad específica contra ella (Benhar, 2003: p.49).

Lo cual nos dice que al final todos nacemos predestinados al mismo fin, no importa las ganancias o pérdidas en la vida terrenal ni siquiera los lujos adquiridos, ni las dolencias que se pudieron o no producir en nuestros cuerpos, todos moriremos, ricos, pobres, enfermos, sanos, con o sin familia, nadie se libra del fin invariable que a cada ser vivo le llegará, el problema de perder un ser afectivamente significativo es cuánto esta pérdida puede llegar afectar a los deudos.

Duelo normal

Todos los duelos conllevarán un shock emocional, sentimientos de culpa e ira, indiferencia e inestabilidad y la pérdida de apetito, como menciona Klein M. (1940), "Durante el duelo normal se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas. El sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos

enfermedad al duelo'' (Klein, 1940: p 428). A pesar de los síntomas físicos y somáticos que puedan presentarse en los deudos.

Cómo lo menciona Behar ''La muerte es evidente, inevitable y universal; en la dimensión de lo temporal, todo cuanto existe está condenado a morir y desaparecer'' (Behar 2003: p8). Todo duelo o pérdida, en especial aquellas de personas afectivamente significativas, recaerán sobre los deudos de diferentes maneras y con diferente intensidad, aunque un grupo de deudos haya perdido a una misma persona en específico, esto lo confirma Roccatagliata (2006) quien menciona "(...) cada ser humano tiene su particular forma de vivir la pérdida de un ser querido" (Roccatagliata, 2006: p 48).

El tiempo que cada una lleve a sentir y trabajar la pérdida, dependerá nada más que de cada persona; al igual que los efectos que el duelo produzca sobre los deudos, serán propios de cada uno. Los duelos son un gran golpe, que llegan a doblegar hasta la persona más fuerte, como lo menciona Reyes (1996): "No es cierto que uno esté preparado para experimentar la ausencia de un ser querido. Por más que esté sobre aviso, cuando llega la pérdida lo hace sorpresivamente, siempre nos encontrará desprevenidos" (Reyes, 1996: pág. 200).

Se considera el duelo que es hasta cierto punto algo usual y no demanda preocupación presentar sentimientos de culpa e ira, pérdida de apetito que en muchas de las ocasiones es el sentimiento más común que se encuentra entre los deudos. Pero el llamarlo ''normal'' es un problema ya que lo normal está dictaminado por la sociedad en la que vivimos, por las reglas que seguimos, y las distintas enseñanzas que han sido inculcadas en la persona y en este caso en los deudos. O'Connor (2007) "Este tipo de duelo se inicia cuando sucede la pérdida, es decir, el doliente no puede prepararse para experimentar la ausencia" (O'Connor, 2007: p 161).

El duelo puede ser diagnosticado en base al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) o también en base a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10), cuando son los síntomas, tanto somáticos y físicos, los que no permiten al deudo llevar una vida tranquila, y que por el contrario, síntomas como problemas con la alimentación, estrés, pena intensa, depresión mayor e insomnio se encuentren presentes.

Dentro del DSM-V (2014) encontramos al duelo no complicado, el mismo que lo representa afirmando que se necesitará de ayuda profesional ante la pérdida de un ser afectivamente significativo, llegando a mostrar “(...) síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. (...) otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. (p. 400). El duelo dependerá totalmente del individuo y en muchos casos de su cultura para determinar el tiempo en que se lo considere normal.

Varios autores discrepan en el tiempo de duración, por ejemplo Reyes (1996), afirma que un duelo normal estaría en el rango de uno a dos años, que si el rango es menor o mayor entonces debería existir preocupación. Por otro lado encontramos autores que prefieren hablar de etapas que se deben sobrepasar como por ejemplo Klüber-Ross (2010) menciona cinco etapas negación, rabia e ira, negociación y regateo, depresión y aceptación, mismas que según su autora no tienen que darse todas, ni que deben estar en ese orden específico o peor aún una sola vez, todo dependerá del deudo. Por otro lado también tenemos a Roccagliata (2000) que expone seis etapas: el choque o incertidumbre, el tomar conciencia de la pérdida, la desorganización, desesperación y retraimiento, la reorganización y sanación y por último la

resolución. Es por esto que exactamente no se podrá dar un tiempo exacto para el duelo normal.

Duelo patológico

El DSM-V (2014) estipula que, "Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto" lo llama duelo complejo, mismo que es una reacción mucho más fuerte que el duelo normal, es una mezcla de emociones y sensaciones indescriptibles, que toman las riendas de la vida del deudo, no solo limitándolo en su diario vivir. Este tipo de duelo puede llevar a la muerte del deudo en casos extremos. El mayor problema puede darse según Fonnegra (2001:55), cuando el deudo definitivamente es reacio a aceptar la muerte de aquella persona afectivamente significativa.

Tema 2: Enfermedades mentales

Se define a la enfermedad mental como “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.” (FEAFES, 2008:25)

Enfermedades mentales asociadas con desastres naturales

En situaciones de emergencia, las patologías más frecuentes luego de una catástrofe natural son la depresión y la ansiedad, así como también se ha podido evidenciar trastornos por estrés agudo y estrés postraumático (OPS, 2002:25).

El impacto emocional y la presencia de trastornos psicológicos, en el caso principal de un desastre natural, varía con el pasar del tiempo. A continuación se presentan una tabla en la cual se muestra la afectación según el tiempo transcurrido así como el tratamiento psicológico según su afectación:

Tabla 1. Afectación psicológica según el tiempo transcurrido

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o “parálisis” por el temor • Ansiedad difusa • Deseo-temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas • Primera ayuda psicológica
Primer mes	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción y miedo; nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados) • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria • Apoyo de la red social • Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología • Intervenciones psicosociales individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos
2 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autogresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2006)

Después de suceder el desastre natural, psicológicamente se distinguen tres momentos, a continuación descritos:

Período precrítico o impacto

Durante este período se puede evidenciar dos actitudes que se contraponen: primero tenemos el rechazo de la idea de peligro, mientras que la segunda actitud es el temor exagerado de peligro. Dichas actitudes se encuentran estrechamente vinculadas con ciertas características personales muy precisas. Por un lado, la incredulidad y el rechazo son típicos de quienes a los que podrían molestar las medidas de precaución. Mientras que por su lado la aprensión exagerada va unida a sentimientos de culpabilidad (Hernández, Estrella, Gálvez, & Alcántara, S.f.:67).

Período crítico o de crisis

En este período se identifican 2 fases, en primer lugar está la fase de choque o también se la conoce como la fase de impacto y dentro de esta fase se distinguen 3 reacciones típicas: una minoría conserva su sangre fría, otra minoría presenta reacciones extremas de ansiedad y confusión, y la mayoría de los supervivientes permanece aturdida y llena de estupor (Hernández, Estrella, Gálvez, & Alcántara, S.f.:67)

La segunda fase de este período es la de reacción o de retroceso: la víctima se separa del presente inmediato, se traslada al pasado próximo y trata de comprender lo que ha sucedido, pero subestimando la magnitud de la catástrofe. Es aquí donde aparecen los comportamientos expresivos en los que se manifiesta la tensión emotiva: exclamaciones, llanto, crisis nerviosas, desvanecimientos, etc. aparecen las primeras reacciones prácticas para poner al sujeto a cubierto (Hernández, Estrella, Gálvez, & Alcántara, S.f.:67).

Período postcrítico o posterior:

Las huellas que deja una catástrofe natural son tanto físicas, sociales como psíquicas, éstas pueden tener una duración corta, larga o incluso en muchos casos permanentes. Algunos de los síntomas que se pueden evidenciar son: “la indefensión, el incremento de la tasa cardíaca, la disnea y la hiperventilación, náuseas y vómitos, temblores y sudoración excesivos, mareos y desvanecimientos, diarrea e incontinencia urinaria y fecal, ataques de ira, inquietud, desvelo, pesadillas, irritabilidad, etc.” (Hernández, Estrella, Gálvez, & Alcántara, S.f.:68).

Sin embargo las reacciones de la personas frente a la catástrofe no son las mismas, esto varía mucho dependiendo de cada quien. Estas reacciones van “desde la paralización, la apatía y la obediencia dócil a conductas fuertemente agresivas” (Hernández, Estrella, Gálvez, & Alcántara, S.f.:68).

Los trastornos más comunes que se ha podido evidenciar después de afrontar un desastre o catástrofe natural son:

Tabla 2. Efectos Psicopatológicos

Efectos	Clasificación
Ansiedad	Trastorno de angustia Trastorno de ansiedad generalizada
Depresión	Trastorno de depresión mayor Trastorno de depresión leve, moderado y grave
Estrés post traumático	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. Recuerdos diurnos y sueños. Revive la experiencia traumática.
Duelo complicado	Trastorno persistente de duelo complicado: personas incapacitadas por la pena, enfocados en la pérdida con poco o ningún interés en otras relaciones o actividades

Fuente: Association American Psychiatric (2013). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos DSM-5.

Trastornos de ansiedad.

La ansiedad como tal forma parte de la vida de todas las personas, la sentimos en un grado moderado, pues se la considera necesaria para nuestra sobrevivencia, sin embargo los niveles de ansiedad pueden alcanzar los puntos más altos pasando así de considerarse normal a calificarlo como un trastorno o una patología (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003:14).

La característica principal de la ansiedad es la sensación de temor inmotivado que siente una persona, habitualmente se describe como “nervios”.

Existen varios síntomas que evidencian la existencia de este trastorno, estos son:

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.
- Tensión o nerviosismo.
- Intranquilidad.
- Preocupaciones constantes.
- Temblores.
- Trastornos del sueño.
- Astenia o fatiga y pérdida de energía.
- Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.
- Ideas o actos suicidas.
- Pérdida o disminución del deseo sexual.
- Palpitaciones.
- Mareos.
- Sequedad de boca.

Según los datos publicados por Bambarén, basados en una investigación comparativa de tres casos específicos de terremotos en el mundo, se puede evidenciar claramente que el trastorno más común que se desarrolló transcurrido un tiempo aproximado de dos a tres meses, es la ansiedad (Bambarén, 2011:22).

Como se ha explicado anteriormente los síntomas o reacciones que desarrolla cada persona son diferentes, así mismo sucede con las clases del trastorno de la ansiedad, pues esto varía dependiendo principalmente de los rasgos característicos de la personalidad de quien padece el trastorno, lo cual es importante primero identificar para poder así pasar al tratamiento respectivo.

Según la APA (American Psychological Association) existen 5 clases de trastorno que son:

- **Trastorno de ansiedad generalizado.-** la persona que presenta este trastorno se la reconoce por tener miedos o preocupaciones recurrentes como, por ejemplo, la salud o la situación económica, y con frecuencia tienen una sensación constante de que algo malo está por suceder (APA, 2010). En el caso particular del presente estudio se evidencia este trastorno por el miedo constante de las personas de que el fenómeno se vuelva a repetir, que sea de igual o mayor magnitud, y su miedo se prolonga más debido a las réplicas que suceden después de un terremoto que van bajando su intensidad, pero que nadie puede asegurar que vuelva a ocurrir, lo que hace que su preocupación esté latente.
- **El trastorno de pánico.-** este implica sentimientos repentinos, intensos y no provocados de terror y pavor. Generalmente, las personas que tienen este trastorno desarrollan mucho miedo respecto a cuándo y cómo se producirá su próximo ataque de pánico, y en consecuencia a menudo limitan sus actividades (APA, 2010). Después de haber ocurrido el terremoto, quien sufra de trastorno de pánico vivirá siempre en

sentido de alerta sin necesidad de sentir una réplica del mismo, sino que solo imagina de repente un movimiento y el pánico de apoderarse de él o ella.

- **El trastorno obsesivo-compulsivo.-** se caracteriza por sentimientos o pensamientos persistentes, incontrolables y no deseados (obsesiones) y rutinas o rituales que realizan las personas para tratar de evitar o para liberarse de estos pensamientos (compulsiones). Ejemplos de compulsiones comunes incluyen lavarse las manos o limpiar la casa en exceso por temor a los gérmenes, o verificar algo una y otra vez para detectar errores (APA, 2010).

Tratamiento

Según la APA 2010, existen dos tratamientos que se los considera muy efectivos al momento de tratar el trastorno de ansiedad generalizada, una es la terapia de conducta y la segunda es la CBT (Terapia cognitiva del comportamiento).

La terapia de conducta implica usar técnicas para reducir o detener las conductas no deseadas asociadas con estos trastornos.

Mediante la CBT se puede ayudar a los pacientes a identificar y aprender a controlar los factores que contribuyen a su ansiedad.

A través de la terapia cognitiva, los pacientes aprenden a entender cómo sus pensamientos contribuyen a los síntomas o trastornos de ansiedad y cómo modificar aquellos patrones para reducir la probabilidad de ocurrencia y la intensidad de la reacción. La conciencia cognitiva aumentada del paciente se combina a menudo con técnicas conductuales para ayudar a la persona a enfrentar y tolerar gradualmente situaciones de temor en un entorno controlado y seguro (APA, 2010).

Depresión

La OMS que la depresión se da como “resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión” (OMS, 2017:10).

Se define a la depresión según Zarragoitia como: “trastorno mental caracterizados por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos, a diferencia de la tristeza normal, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique además es grave y persistente” (2010:5)

Entre los diferentes problemas de salud mental que se presenta después de un terremoto, está la depresión. Una nota publicada en el portal SALUD ABC (2010), indica que la depresión tiene alta relevancia, yendo desde el 6% hasta el 72%.

Es importante identificar esta patología a tiempo, pues existen muchos casos en los cuales la depresión es tan fuerte que lleva a quien lo padece a suicidarse. Para poder llevar a cabo el tratamiento del paciente es importante definir el nivel de depresión para poder establecer las herramientas adecuadas para el tratamiento y lograr los resultados deseados.

Tratamiento

Al igual que con la ansiedad, para tratar la depresión, se puede hacer uso del tratamiento conductual, cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal. En el caso del presente estudio, la terapia que a utilizarse es la interpersonal pues ésta trata a la depresión como Psicoterapia Interpersonal para la depresión como una enfermedad asociada a una disfunción en las relaciones personales.

Las disfunciones que tiene en cuenta son:

- Duelo. Se trata de asumir una pérdida.
- Déficit interpersonal. Se manifiesta en aislamiento social.

Trastorno de estrés postraumático:

Algunas personas que tienen graves traumas físicos o emocionales, como por ejemplo, los producidos por un desastre natural o un accidente o delito grave pueden experimentar un trastorno de estrés postraumático. Los pensamientos, sentimientos y patrones de conducta se ven seriamente afectados por recuerdos de estos sucesos, a veces durante meses o incluso años después de la experiencia traumática (APA, 2010).

Según el DSM-IV (APA, 2000), el TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. Los síntomas incluyen la re experimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción, y síntomas persistentes de activación aumentada.

Trastorno de estrés agudo

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), el trastorno por estrés agudo (TEA) se distingue fundamentalmente del TEPT en dos cosas: los síntomas aparecen en las 4 primeras semanas después del suceso traumático y duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas; si duran más de 1 mes, hay que considerar el diagnóstico de TEPT y comprobar si se cumplen los criterios de este último; y la segunda es que se da una mayor importancia a la sintomatología disociativa. Aparte del criterio A, compartido con el TEPT, los síntomas para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo según el DSM-IV son:

Síntomas disociativos durante o después del suceso traumático. Tres o más de los siguientes: sensación subjetiva de insensibilidad, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción de la conciencia del entorno (ej. estar aturdido); desrealización, es decir la percepción del mundo como algo irreal o extraño; despersonalización; amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

- Reexperimentación persistente del suceso traumático al menos de una de las siguientes formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, recuerdos vívidos y repentinos (reviviscencias) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático.
- Evitación acusada de los estímulos que hacen recordar el trauma (p.ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).
- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (p.ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, inquietud motora). (DSM-IV, 2013: 209)

Tratamientos

- **Exposición a los estímulos internos y externos temidos.** Puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo, según los casos, y las situaciones considerados. La exposición también puede incluir escribir sobre los eventos traumáticos o pesadillas, escuchar grabaciones sobre descripciones de los mismos y dibujar o jugar en el caso de los niños.
- **Reestructuración cognitiva**, ya sea por sí sola o combinada con exposición. Resick y Schnicke (1993) han propuesto la terapia de procesamiento cognitivo [una combinación de exposición (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta) y reestructuración cognitiva, con énfasis en esta última para víctimas de violación con TEPT, aunque esta terapia ha sido adaptada a personas con TEPT subsecuente a otros tipos de trauma.

También Ehlers et al. (2005) presentan una terapia cognitiva con menos énfasis en revivir imaginablemente el trauma.

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC)** más compleja que la anterior, ya que incluye otros componentes. Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil (RC-Psych, 2008:3)
- **Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO,** Shapiro, 1995, 2001, 2004). Es un procedimiento diseñado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos que incluye la imaginación de escenas traumáticas, la repetición de una autoverbalización negativa que resuma la valoración del trauma, la concentración en las sensaciones físicas de ansiedad y la inducción de movimientos oculares rítmicos por parte del terapeuta. Posteriormente el cliente visualiza la imagen original junto con una auto verbalización positiva que refleje el sentimiento deseado.
- **Inoculación de estrés.-** se enseña a los clientes habilidades (p.ej., relajación, respiración, auto instrucciones, aserción, detención del pensamiento) para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones des adaptativas inducidas por el trauma; incluye exposición.

Tema 3: Psicoeducación tanatológica.

El término Tanatología según Behar (2003), fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff. El vocablo tánatos deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte (Klüber-Ross, 1994:15)

En 1908 la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal. En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias.

La Tanatología moderna comienza en 1969 con la Dra. Elisabeth Klüber Ross. Formándose así como una nueva especialidad psiquiátrica.

Dentro del estudio de la tanatología se incluyen aspectos tales como:

- Ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural.
- Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas.
- Educar sobre tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.
- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones.
- Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de Autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respecto a la libertad.
- Otro de los aspectos importantes dentro de la tanatología es aprender los diferentes medios por los cuales el paciente puede tener ese principio de autonomía. Por ejemplo,

pueden llevarse ciertas acciones, desde la realización de testamentos (como testamento vital o jurídico), legados, responsabilidades, o voluntades anticipadas (este último se refieren a la posibilidad que legalmente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar el rechazo a la prolongación de la vida por medios innecesarios en circunstancias específicas). Uno de los grandes retos que se tiene con respecto al estudio de la tanatología es educar a las personas desde niños y jóvenes sobre los aspectos que involucren el respeto al proceso la muerte (Ávila, 2013:2)

Psicoeducación y salud mental

Se define como psicoeducación al “Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo” (Bulacio, 2014:1).

Respecto de la salud mental de las personas, Figueroa, Marín & González (2010) señalan que estos desastres conllevan desorganizaciones personales, organizacionales, sociales, entre otros, y que, una parte importante de la población expuesta a este tipo de desastres sufre alguna alteración psicológica, las cuales emergen con mayor intensidad varios meses posteriormente al evento; requiriéndose una atención prolongada, sobre todo cuando se requiere reconstruir hábitats y retomar el curso de la vida (Briere & Elliot, 2000; Shoaf & Rottman, 2000).

Según varios estudios (Bland, O'Leary, Farinaro, Jossa, & Trevisan, 1996), el tratamiento oportuno de la emocionalidad de los sujetos frente a eventos traumáticos, pasa a ser preventivo de futuras patologías (Figueroa et al., 2010).

Cómo ayuda la psicoeducación tanatológica

La Tanatología entendida como el estudio o tratado sobre el proceso de la muerte y la muerte misma, es una materia que guarda relación con diversas disciplinas, tanto biológicas como sociales, de ahí que se encuentra inmersa en un universo de términos y conceptos que provienen de las diferentes ciencias naturales y sociales, con las que interactúa para lograr su desarrollo.

Se ha identificado 5 beneficios principales de la tanatología para quienes están atravesando por un duelo, según la Dra. Verónica Mena (2014), estos son:

1. Ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que produce la inminencia de la muerte. Apoya a enfermos terminales y a familiares.
2. Permite a las personas expresar sus sentimientos y emociones cuando sufren la pérdida de un ser querido. La tanatología brinda la oportunidad de compartir experiencias de duelo y de esta forma ir superando la muerte de una persona.
3. Esta disciplina también ayuda a morir con dignidad, plena aceptación y total paz.
4. Mejora la evolución del proceso de duelo que tiene como intención reconocer el dolor que produce la pérdida. Contribuye a aceptar las ausencias, la muerte, a manifestar dolor y a reincorporarse a las actividades diarias.
5. Esta disciplina trabaja con el espíritu, con la parte más profunda del ser. Lo profundo tiene que ver con el origen y sentido de la vida. Ha emergido de la necesidad de integrar la sabiduría antigua y la ciencia moderna para entender el proceso de la muerte.

METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización del presente estudio, el tipo de investigación utilizada es principalmente exploratoria, pues ésta permite indagar a profundidad sobre un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento o una situación, que son desconocidos para el investigador (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007). Esta investigación exploratoria tiene un enfoque mixto que se explica a continuación.

Justificación de la metodología seleccionada

El objetivo del presente estudio es definir la importancia así como los beneficios de la psicoeducación tanatológica ante la pérdida de personas afectivamente significativas tras desastres naturales. Es así que en esta investigación se usan enfoques mixtos, es decir un enfoque cuantitativo y un enfoque cualitativo, el primero con el afán de obtener datos estadísticos de saber cómo afectó a las personas que perdieron familiares o seres queridos en el terremoto del 2016 en Ecuador y qué tan beneficioso le sería la psicoeducación tanatológica, para así poder generalizar los resultados, y al mismo tiempo investigar a profundidad las diferentes experiencias de varias personas que sufrieron este fenómeno de diferente manera, como los rescatistas, voluntarios, sobrevivientes, etc., para así desarrollar el estudio con base en estas experiencias, y de esta manera recolectar datos funcionales para el diagnóstico y definición de la importancia y necesidad de la psicoeducación tanatológica (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007).

La combinación del enfoque cualitativo y del cuantitativo enriquecen la investigación al usar instrumentos de cada uno de ellos, esto se debe a que se complementan mutuamente (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007:4).

Herramientas de la investigación utilizada

La técnica que se utilizará para este fin es la descriptiva, punto de partida de toda ciencia. En la cotidianidad, todas las personas observan y describen tanto situaciones como a otras personas, y a menudo se presentan juicios o intuiciones acerca de los motivos por los cuales se comportan de determinado modo.

Los instrumentos a aplicarse en esta técnica son la observación directa, uso de dispositivos de evaluación (cuestionarios, entrevistas y pruebas psicológicas) y un estudio de casos.

En este estudio en primera instancia se aplicará la investigación documental para la recolección de la información bibliográfica útil para el desarrollo del tema planteado, para contrastar la información y sustentarla con bases bibliográficas.

Para continuar con la investigación es importante realizar un estudio de campo mediante la observación directa, acudir al lugar más afectado por el terremoto en Ecuador hace un año, y observar el comportamiento de las personas que sufrieron pérdidas de todo tipo y después prestar una mayor atención a quienes perdieron seres queridos y ver si existen similitudes en su comportamiento, ir registrándolo mediante fichas técnicas de observación y una vez realizado esto proceder a un análisis e inferir las conclusiones idóneas.

Se aplicarán también dispositivos de evaluación para un público específico: la entrevista que se la realizará a dos grupos de personas: una a un psicólogo especializado en el tema de la tanatología, y a 10 personas que sobrevivieron al terremoto pero que sufrieron la pérdida de otras personas cercanas, encuestas a 20 pobladores de Pedernales, a quienes se les someterá a pruebas psicológicas para definir la afectación que tuvo para cada uno de ellos la pérdida de un ser querido, así como también se realizará un estudio de casos con los participantes seleccionados.

Con dichos participantes también se aplicará ciertas técnicas explicativas, lo cual ayudará a tener un panorama más claro de la situación de cada participante y cómo beneficiaría a cada uno de ellos la psicoeducación tanatológica.

Descripción de participantes

Las personas que formarán parte de este estudio serán hombres y mujeres mayores de 18 años que han perdido familiares, amigos o personas cercanas a su entorno en el terremoto de abril de 2016. El reclutamiento se ejecutará en Pedernales, lugar del epicentro, se realizará una convocatoria con la ayuda de los encargados de salud mental de la zona, para que la participación sea voluntaria. Se busca tener una muestra de 30 personas.

Reclutamiento de participantes

Para la selección del grupo de personas participantes del estudio, se deberá acudir a la ciudad de Pedernales, relacionarse con los habitantes del lugar en los albergues y con los responsables en salud mental de la zona, para ubicar a la población mayor de 18 años, hombres y mujeres que han perdido a personas afectivamente significativas tras el desastre. Se hará un llamado a las personas, proponiéndoles participar en el estudio, explicándoles que el proceso consta de un programa de psicoeducación y tanatología y de la aplicación de una encuesta, para evaluar los resultados de dicho programa.

Existirá un incentivo: refrigerio en cada taller de psicoeducación, y sobre todo el beneficio psicológico que aporta la actividad mencionada.

Es importante que luego de aceptar verbalmente la participación en el estudio, proceder a que se firme un consentimiento informado cumpliendo con los aspectos bioéticos de la intervención de seres humanos en una investigación.

Consideraciones éticas

Toda persona que ha sufrido una pérdida significativa tiene derecho a recibir respetuosa y digna atención a sus sufrimientos, haciendo realidad el principio de justicia. La forma en que se dirija esta atención puede ser diferente, pero los cánones éticos en su orientación son generales y legítimos: el seguimiento para identificar los predictores de riesgo de duelo complicado favorecería este tipo especial de atención.

El estudio considera como primordial la seguridad y bienestar de los participantes, respetando sus derechos, y de ninguna forma realizando actividades que los vulneren. Se garantiza el anonimato de las personas y la confidencialidad de sus relatos sobre la temática.

El presente estudio busca aportar como una medida de intervención a través de la psicoeducación y la tanatología, para prevenir que el duelo en las víctimas que han sufrido una pérdida, se convierta en un duelo complicado.

El consentimiento informado, demuestra que la participación es voluntaria y que las personas del estudio conocen los objetivos y del procedimiento de desarrollo de la investigación.

RESULTADOS ESPERADOS

Este estudio tiene como propósito responder si la psicoeducación y la tanatología influyen de forma positiva en el proceso de duelo de las personas que han perdido a personas afectivamente significativas, para lo cual el trabajo de campo nos permitirá concretar nuestras respuestas.

En las fichas de observación llenadas en la ejecución del programa de psicoeducación, se espera que las personas relaten como ha sido el proceso de duelo que han experimentado hasta ahora, logrando recolectar la sintomatología y las etapas que posiblemente han atravesado. Es probable que ninguno de ellos haya concluido y llegado a la fase de aceptación por lo inesperado y trágico de la pérdida.

La sintomatología que pueden referir sobre esta experiencia, puede estar enmarcada en tristeza, angustia, ansiedad, miedo a que pueda suceder o repetirse otra pérdida, ira y culpabilidad por la muerte de las personas afectivamente significativas, incluso se puede esperar que algunas personas hayan desarrollado un trastorno de duelo complicado, o un trastorno depresivo y ansioso, para lo cual se deberá informar a los responsables de salud mental de la zona para realizar una intervención más pertinente y direccionada en esos casos.

La ficha de observación nos va a permitir tener registros de la participación detallada de las personas en el programa, determinando cómo fue su comportamiento al principio y como varió su comportamiento al finalizar la psicoeducación. Se espera que la variación sea positiva, consiguiendo un cambio de la forma en que veían la muerte y la pérdida que atravesaron, influyendo en el proceso de adaptación y aceptación total para que logren culminar el duelo de forma sana. Recordemos que el duelo según Borgeois 1996 se define como la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida (Vargas, 2003),

esta deberá atravesar varias etapas hasta llegar a la aceptación y adaptación total de la experiencia.

Con la aplicación de la encuesta, se busca confirmar la importancia de la psicoeducación pedagógica y cómo influenciaría ésta en la vida actual de cada una de las personas que tuvieron que afrontar pérdidas de seres significativamente afectivos.

Primero se quiere obtener datos sobre sexo y edad para poder agruparlos según características similares de cómo fueron afrontando su duelo, tomando en cuenta la pregunta dos en la cual se diferenciará el parentesco que les unía a dicha persona, para así entender qué pérdida es la más sentida y por ende más complicada, para así poder evidenciar el tipo de duelo que están pasando y si puede este derivar en un duelo patológico.

Se espera como resultado además que el proceso psicoeducativo haya sido de beneficio para cada uno de los participantes, que independientemente del duelo que estén pasando, sea útil para sobrellevar su pérdida y sobre todo que hayan entendido de qué se trata la psicoeducación tanatológica y su importancia en circunstancias iguales o similares a la que ellos atravesaron, y que crean pertinente que exista una psicoeducación tanatológica esporádica en diferentes lugares que se consideren vulnerables en cuanto a desastres naturales, para que tengan una cierta preparación en caso de afrontarlos.

Discusión

La psicoeducación es una herramienta que se utiliza para informar a las personas sobre el fenómeno o enfermedad que se esté atravesando, facilitando la comprensión y manejo en el proceso. La implementación de recursos de autocuidado mejora comportamientos y actitudes frente al problema, enfocándose a promover una mejor calidad de vida.

La pregunta en ésta investigación intenta responder al ¿Cómo y hasta qué punto la psicoeducación puede ayudar a sobrellevar el duelo inesperado resultante de desastres naturales?, interrogante que anhela ser explicada a través de este estudio mediante algunas conclusiones a las cuales he llegado. En este punto se propone que la psicoeducación se interrelacione con la tanatología con el fin de convertirse en una herramienta terapéutica para ser aplicada en víctimas que han perdido personas afectivamente significativas, ya que la tanatología es el “estudio de la vida que incluye a la muerte, tiene como objetivo proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias, o bien a una persona que esté viviendo algún tipo de pérdida” (Olvera, 2016). Enfocarse en esta que herramienta influya en el proceso de duelo de forma positiva, situándose como recurso direccionado a mejorar la calidad de vida del doliente durante esta etapa que engloba diferentes etapas tales como la negación, ira, depresión negociación y aceptación de la pérdida.

Múltiples autores han demostrado que la psicoeducación es una herramienta de la psicología cognitiva, específicamente de la terapia explicativa. La base de los cuadros angustiosos radica, en innumerables ocasiones, en el desconocimiento completo de lo que ocurre en la vida psicológica o lo que vendrá en el futuro, (Balarezo, 2003:75,76), lo que significa: un individuo frente al desconocimiento de lo que pasa en su vida psíquica, puede generar más niveles de angustia que un individuo que está al tanto de lo que le sucede en su psiquis. Ahora bien, las víctimas del terremoto que han sufrido una pérdida cercana, van a experimentar distintos síntomas, pero al conocer lo que sucede en un duelo y lo frecuente que es, se espera que exista

una disminución de sus niveles de ansiedad, además que la tanatología nos servirá para ayudar a los dolientes a situar a la muerte como parte de la vida, resignificando la experiencia.

Este estudio está orientado a cumplir dos etapas: primero, la ejecución de un programa de psicoeducación y tanatología para las víctimas del terremoto que han perdido una persona afectivamente significativa con el objetivo de ayudar a disminuir el grado en que su duelo conlleve trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, o un trastorno persistente de duelo complicado. Sin embargo el psicólogo se ayudará con fichas de observación, para detallar comportamientos que se evidencien a lo largo de los talleres, con el fin también de detectar si alguna persona ha desarrollado algún tipo de trastorno crítico, para intervenir oportunamente y derivar a un profesional en salud mental de la zona. Posteriormente la encuesta que se aplicará nos dará resultados sobre la forma en que influenció el programa en el afrontamiento del duelo en cada individuo.

Lo más adecuado es que se desarrollen campañas de psicoeducación y tanatología en personas que no han sufrido ninguna pérdida, para adquirir recursos que les permitan atravesar un duelo normal en el caso de un desastre natural con pérdidas humanas, por lo cual este estudio va enfocado también a convertirse en una fuente de información para dar mayor validez a la psicoeducación como estrategia de una prevención primaria, deseando que las autoridades de salud mental encargadas de estas experiencias, tomen en cuenta y se logre un desarrollo y ejecución de algún programa parecido a nivel nacional conjuntamente con una capacitación del manejo y práctica de la psicoeducación como herramienta, para profesionales encargados en salud.

Limitaciones del estudio

La presente investigación se encuentra limitada a los habitantes de Pedernales, específicamente a aquellos que perdieron a personas significativamente afectivas en el terremoto de Abril del 2016. A pesar de ser un número alto de pobladores con el que se pudo contar, las limitaciones a las que nos podemos enfrentar es que, al ser el duelo un tema delicado de tratar no todas las personas serán accesibles a participar en este estudio.

Durante la aplicación de la herramienta investigativa otra limitante es que se puede sesgar la información, pues no es posible asegurar que toda la información brindada por los participantes sea 100% verdadera, impidiendo así la elaboración de un correcto diagnóstico del paciente, lo que conllevaría una errónea aplicación de un proceso psicoterapéutico.

Recomendaciones para futuros estudios

La salud mental aún no se establece firmemente como factor fundamental en el escenario post desastre natural. En Ecuador faltan investigaciones sobre las secuelas psicológicas que ha dejado el terremoto, por lo cual este estudio intenta incitar a que se desarrollen investigaciones más precisas sobre salud mental y desastres naturales.

Es importante que existan programas de prevención en poblaciones que puedan estar en constante amenaza de desastre natural, para fomentar recursos psicológicos personales disminuyendo la vulnerabilidad de desarrollar trastornos psicológicos si llegara a efectuarse el desastre. Además es crucial que sea más manejable el duelo de las posibles pérdidas.

Una investigación bibliográfica adecuada sobre el futuro estudio, enriquece y guía de forma óptima a dónde queremos llegar y el propósito de la investigación.

En cuando al diseño de investigación, en caso de temas de salud mental en desastres naturales, se recomienda seleccionar la investigación de campo definida como el estudio sistemático de

los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos. En esta modalidad el investigador tiene contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto (Herrera, Medina, Naranjo y Proaño, 2002:134).

Siempre hay que tomar en cuenta las posibles limitaciones, al momento de realizar una investigación con personas, ya que el ser humano es dinámico y pueden existir abandonos del estudio, o sesgos en la información que nos emita.

Cabe elaborar un cuestionario que responda a los objetivos y propósitos del estudio, para que los resultados de la investigación tengan un aporte a la población estudiada y a la comunidad científica que requiera información sobre la temática.

Referencias

Alexander, D. (1999). *Natural disasters*. Massachusetts: Springer Netherlands.

Ávila, J. (12 de Marzo de 2013). *Salud Pública: incmnsz.mx*. Obtenido de INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO:

<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/tanatologia.html>

Bambarén, A. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Revista Psicológica Herediana*.

Bulacio, J. (23 de Marzo de 2014). *Fundación Iccap*. Recuperado el 24 de Abril de 2017, de http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Cohen, R. (Febrero de 1985). Boletín de la oficina sanitaria Panamericana. *Reacciones Individuales ante desastres naturales*. Carolina del Sur, Estados Unidos.

DHS. (24 de Enero de 2016). Homeland Security. Recuperado el 20 de Abril de 2017, de USA.gov: <https://www.dhs.gov/news>

Ehlers, A., Clark, D., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J., . . . McManus, F. (Julio de 2010). US National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperado el Abril 18 de 2017, de Intensive Cognitive Therapy for PTSD: A Feasibility Study

Emergui, S. (24 de Noviembre de 2016). Decenas de miles de evacuados en una masiva ola de incendios en Israel. *El Mundo*, pág. <http://www.elmundo.es/internacional/2016/11/24/58370fe046163ff06f8b45a4.html>.

FEAFES. (2008). *Salud mental y medios de comunicación*. Galicia: CIRSA.

- Figueroa, R., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Médica Chilena*, 143.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*.
- Fonnegra, I. (2001). De cara a la muerte. Bogotá: Andrés Bello
- Gómez, C. (2002). *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Javeriana.
- Hernández, A., Estrella, A., Gálvez, P., & Alcántara, I. (S.f). Introducción a la psicología de masas. *Desastres y comportamientos colectivos*. Málaga, España: Universidad de Málaga.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Klüber-Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo S.A.
- Krishnamurti, J. (2006). Sobre la vida y la muerte. Barcelona: Kairos
- Mena, V. (12 de Diciembre de 2014). *Bienestar180: Invent.mx*. Obtenido de Invent.mx: <http://www.salud180.com/salud-dia-dia/5-beneficios-de-la-tanatologia>
- NHC. (24 de Enero de 2017). National Hurricane Center. (USA.gov) Recuperado el 20 de Abril de 2017, de <http://www.nhc.noaa.gov/satellite.php>
- O'Connor, N. (2007). Déjalos ir con amor. México D.F: Trillas
- Olvera, D. (10 de Julio de 2016). *Antes de partir*. Recuperado el 29 de Abril de 2017, de <http://denisseolvera.wixsite.com/tanatologia/tanatologia>
- OMS. (Diciembre de 2013). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 29 de Abril de 2017, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OPS. (2002). Serie Manuales y Guías sobre Desastres. *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*. Washintong D.C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2006). Manuales y guías sobre desastres. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* . Whasington D,C., EE.UU: OPS.

Resick, P. & Schnicke, M. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park, Ca: Sage

Roccatagliata, S. (2006). Un hijo no puede morir: la experiencia de seguir viviendo. Chile: Debolsillo

Seidler GH, Wagner FE. (2006) Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*, 36: 1515-22.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 14.

Wijkman, A., & Timberlake, L. (1985). *Desastres naturales : ¿Fuerza mayor u obra del hombre?* Washington, D.C: Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo.

Wijkman, A., & Timberlake, L. (1985). *Desastres Naturales:¿ fuerza mayor u obra del hombre?*. Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo.

Zarragoitia, A. (2010). *Depresión, generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

ANEXO A: Cuestionario de apoyo social**Edad__ Genero____****1.- ¿Cuántas personas significativamente afectivas perdió en el terremoto de Abril del 2016?**

a) 1 ____

b) 2 ____

c) 3 ____

d) o más ____

2.- ¿Cuál era su parentesco con esa(s) personas?

a) Padre/ Madre ____

b) Hijo/as ____

c) Hermano/as ____

d) Conyugue ____

e) Tío/as ____

f) Abuelos ____

g) Otros ____

3.- ¿Cómo se siente al respecto?

4.- ¿Considera importante el proceso de psicoeducación tanatológica para superar la pérdida de su ser querido?

No _____

Sí _____

Porqué: _____

5.- En su experiencia personal cuánto aportó este proceso psicoterapéutico en su vida.

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

6.- Piensa que es importante recibir psicoeducación tanatológica permanente, independientemente de una pérdida o atravesar un desastre natural.

Sí _____

No _____

Porqué: _____

Gracias por su colaboración.

Psicoeducación tanatológica Se refiere a la ayuda externa mediante herramientas que un psicólogo puede otorgar para ayudar a afrontar de mejor manera el duelo.

ANEXO B: Solicitud para aprobación de un estudio de Investigación



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Título de la Investigación
Psicoeducación tanatológica ante la pérdida de personas afectivamente significativas tras desastres naturales.
Investigador Principal: Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica
Andrés Patricio Barreiro Morejón, Universidad San Francisco de Quito, nes8952@gmail.com
Co-investigadores: Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Si no hubiera co-investigador por favor especificarlo.
No aplica.
Persona de contacto: Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica
Andrés Patricio Barreiro Morejón, 0983589543, nes8952@gmail.com
Fecha de inicio de la investigación: Diciembre, 2016
Fecha de término de la investigación: Mayo, 2017
Financiamiento: No aplica.

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí (☒) No (☐)
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí (☒) No (☐) No Aplica (☐)

Firma del investigador: _____ (con
 tinta azul)